

Sitzung vom 30. Oktober 2024

1099. Anfrage (Gibt es Gestaltungsspielraum bei den Tarifen im Gesundheitswesen?)

Die Kantonsrättinnen Jeannette Büscher, Horgen, Claudia Hollenstein, Meilen, und Renata Grünenfelder, Zürich, haben am 8. Juli 2024 folgende Anfrage eingereicht:

Stationäre Leistungen von Spitälern werden mit Fallpauschalen, ambulante mit Tarmed und den Taxpunktwerthen entschädigt. Es wird von den Leistungserbringern und diversen anderen Playern bekräftigt, dass eine Unterdeckung in allen Bereichen vorliegt. Divers sind die betriebswirtschaftlichen Eigenheiten der unterschiedlichen Spitaltypen. Das BAG eruiert einen Benchmarkwert über alle Institutionen (vom Universitätsspital bis zum Geburtshaus) und behauptet, dass dieser beim 30. Perzentil sein müsse, d. h. dass die anderen 70% der Spitäler unwirtschaftlich seien. Es ist offensichtlich, dass so Leistungserbringer mit komplexer oder Grund-Versorgung bestraft werden. Das Resultat ist, dass ein enormer Spardruck auf das Personal entsteht und die Grundversorgung immer unattraktiver wird. Daraus können sich ungewollte Konsequenzen für die Angebots- und damit auch Versorgungsstruktur ergeben. Eine unterschiedliche Art der Leistungserbringung sollte auch unterschiedlich finanziert werden können, z. B. konkret: Die Kindermedizin kann mit einem für erwachsenen Patientinnen entwickelten Tarif nicht sachgerecht abgebildet werden.

Gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG müssen Tarifverträge dahingehend überprüft werden, ob sie mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit in Einklang stehen. Der Kanton hat die Möglichkeit, einen Tarifvertrag abzulehnen und insofern begründet zu ergänzen, unter welchen Bedingungen er ihn genehmigen würde.

Darum bitten wir die Regierung um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie beurteilt die Regierung die Tarifsituation für die stationären und ambulanten Leistungen?
2. Werden in den Tarifen besondere Leistungen der Spitäler (Pädiatrie, Palliative Care, Vorhalteleistungen etc.) berücksichtigt?
3. Trifft es zu, dass jeder Tarifvertrag im Kanton Zürich durch die Regierung genehmigt werden muss?

4. Wie oft hat die Regierung des Kantons Zürichs einen Tarif nicht genehmigt? Falls Tarife oder Tarifverträge nicht genehmigt wurden, was war die Begründung? Wurden allenfalls Empfehlungen erlassen?
5. Wie prüft die Gesundheitsdirektion, ob die Tarifverträge dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit in Einklang stehen? Wie geht er vor, wenn Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht vorliegen? Welche Einflussmöglichkeit hat der Kanton auf die Tarife?
6. Für welche Spitäler im Kanton Zürich würde der Regierungsrat tarifliche Verbesserungen unterstützen, weil sie in der Tarifstruktur nicht sachgerecht abgebildet werden? Wo sieht die Gesundheitsdirektion ihren Handlungsspielraum?
7. Oft können sich die Tarifpartner nicht einigen, weil u. a. die Krankenkassen zu tiefe Tarife fordern, die offensichtlich nicht kostendeckend sind. Welche Möglichkeiten hat die Gesundheitsdirektion, um korrigierend einzutreten?
8. Wie stellt der Kanton sicher, dass es aufgrund der strengereren Vorgaben im KVV (Benchmark 30. Perzentilwert) zu keiner Unterversorgung kommen wird?
9. Wäre die Schaffung eines Kompetenzzentrums für Tarifgestaltung und Tarifentwicklung allenfalls eine Option, um notwendige Verbesserungen zu erreichen?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Jeannette Büsser, Horgen, Claudia Hollenstein, Meilen, und Renata Grünenfelder, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Zu Frage 1:

Die Spitäler kämpfen schweizweit mit steigenden Betriebsausgaben, bedingt durch den Fachkräftemangel, höhere Personalkosten und die generelle Teuerung. Die Kostenentwicklung konnte nur teilweise durch höhere Tarife kompensiert werden. Zahlen aus dem Kanton Zürich von 2023 zeigen, dass bei den meisten Spitälern im stationären Bereich die Betriebserlöse die Betriebskosten gesamthaft – unter Einrechnung der Erlöse auch aus dem Zusatzversicherungsbereich – nur noch knapp übertrafen. Im spitalambulanten Bereich ist der Kostendeckungsgrad noch tiefer. Im Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) reichen die Tarife zurzeit in den meisten Fällen nicht, um die Kosten zu decken. Das ungenügende Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag vor allem im OKP-Bereich betrifft auch Spitäler, die in der Vergangenheit wirtschaftlich gearbeitet haben.

Zu Fragen 2 und 6:

Die Abbildung der medizinischen Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich über die Tarifstrukturen und nicht über die einzelnen Tarife. Die Tarifstrukturen werden in der Regel auf nationaler Ebene durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt und durch den Bundesrat genehmigt. Sie sind je nach Leistungsbereich unterschiedlich ausgestaltet.

Im ambulanten Bereich kommt heute die Tarifstruktur TARMED zur Anwendung, die auf Einzelleistungen beruht und mehr als 4600 Positionen umfasst. Die Leistungspositionen umfassen einerseits sogenannte Grundleistungen, teilweise mit optionalen Zuschlägen, und anderseits spezialärztliche Leistungen, beispielsweise der Kinder- und Jugendmedizin. Die Tarifstruktur TARMED ist allerdings veraltet. Sie ermöglicht keine betriebswirtschaftlich korrekte und sachgerechte Abbildung der ambulanten Leistungen mehr. Sie soll daher durch das neue Tarifsystem TARDOC bzw. durch Pauschalen für ambulante Behandlungen abgelöst werden. Der Bundesrat hat die beiden neuen Systeme – TARDOC und ambulante Pauschalen – im Juni 2024 teilweise genehmigt. Die Tarifpartner wurden aufgefordert, sie noch besser aufeinander abzustimmen, um so ein neues, kohärentes System zur Finanzierung ambulanter Leistungen zu entwickeln. In der Zwischenzeit konnten die Vertragspartner eine Einigung erzielen. Gemäss einer Medienmitteilung der Organisation ambulante Arzttarife AG (OAAT AG), deren Aufgabe die Weiterentwicklung und Pflege der nationalen Tarife für den ambulanten ärztlichen Bereich ist, hat der Verwaltungsrat der OAAT AG am 22. Oktober 2024 dem Gesamt-Tarifsystem, bestehend aus TARDOC und ambulanten Pauschalen, zugestimmt. Dieses Gesamttarifwerk soll nun dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden, damit das neue System per 1. Januar 2026 eingeführt werden kann.

Für die stationären Tarife gemäss OKP verlangt Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), dass diese in der Regel leistungsbezogen ausgestaltet sein müssen. Deshalb kommen hier sogenannte Patientenklassifikationssysteme zur Anwendung. Ziel von Patientenklassifikationssystemen ist es, die unterschiedlichen medizinischen Gegebenheiten bei den zu behandelnden Personen – die Haupt- und Nebendiagnosen, aber beispielsweise auch der Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und das Alter – zu standardisierten Fällen zusammenzufassen. So werden zudem die Leistungen der Spitäler bei der Behandlung dieser Fälle bezüglich ihrer Qualität und Kosten vergleichbar gemacht. Diese Klassifikationssysteme bilden die Grundlage für die Verhandlung der Fallpauschalen zwischen den Tarifpartnern. Für die Erarbeitung und Weiterentwicklung dieser Klassifikationssysteme setzten die Tarifpartner bereits im Hinblick auf

die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 2012 gemeinsam mit den Kantonen die SwissDRG AG ein. Sie sorgt seither dafür, dass die Klassifikationssysteme – SwissDRG für die Akutsomatik, TARPSY für die Psychiatrie und ST Reha für die Rehabilitation – laufend an die aktuellen Gegebenheiten und die medizinischen Entwicklungen angepasst werden. Es gibt aber trotzdem Leistungen, insbesondere komplexe Behandlungen, die im Tarifsystem nicht adäquat abgebildet sind und insgesamt ungenügend entschädigt werden. In solchen Fällen können die Tarifpartner bei der SwissDRG AG gemäss den vorgegebenen Prozessen und Abläufen Antrag auf Anpassung der Klassifikationssysteme stellen, und sie machen davon auch immer wieder Gebrauch.

Wenn die Tarife die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken oder die Leistungserbringer gemeinwirtschaftliche Leistungen erbringen, die nicht über die Krankenversicherer finanziert werden, kann der Kanton zudem den Listenspitalern gestützt auf § 11 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (LS 813.20) sowohl stationäre als auch spitalgebundene ambulante Leistungen subventionieren, soweit sie versorgungspolitisch sinnvoll sind. Für 2024 hat der Kanton den Listenspitalern gestützt auf diese Bestimmung Subventionen im Umfang von 116,5 Mio. Franken gewährt (vgl. RRB Nr. 421/2024). Unter anderem werden die ambulante Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin subventioniert, aber auch Kapazitätserweiterungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ärztliche Weiterbildung und die Hausarztmedizin. Mit Beschluss Nr. 305/2024 hat der Regierungsrat zudem eine Subvention von 9,475 Mio. Franken für die Umsetzung der Strategie Palliative Care im Kanton Zürich bewilligt. Damit sollen bestehende Versorgungslücken im Bereich Palliative Care geschlossen werden, die aufgrund von Lücken in den nationalen Tarifstrukturen, und somit ungenügender Finanzierung, bestehen. Die bewilligten Mittel sind auf fünf Jahre begrenzt, da erwartet wird, dass bis dann auf Bundesebene eine ausreichende Finanzierung über die Regelstrukturen sichergestellt ist. Entsprechende Arbeiten wurden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter Einbezug der Kantone bereits angegangen.

Zu Fragen 3 und 7:

Gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG werden die Tarife der OKP zwischen den jeweiligen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart («Tarifautonomie»). Wenn die Tarife nur den Kanton Zürich betreffen, sind die entsprechenden Tarifverträge nach Art. 46 Abs. 4 KVG durch den Regierungsrat zu genehmigen. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt der Regierungsrat gemäss Art. 47 Abs. 1 KVG nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. Tarifverträge mit gesamtschweizerischer Gültigkeit sind demgegenüber durch den Bundesrat zu genehmigen (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG).

In einem allfälligen Festsetzungsverfahren führt die Gesundheitsdirektion als instruierende Behörde unter Mitwirkung der Parteien die nötigen Sachverhaltsabklärungen durch, hört die Verfahrensparteien an und lädt die Preisüberwachung und die Patientenorganisationen zur Stellungnahme ein. Gesetz und Rechtsprechung geben die Grundsätze zur Tarifermittlung vor, an die sich die Festsetzungsbehörde halten muss.

Zu Frage 4:

Nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 kam es in einigen Fällen vor, dass Tarifverträge nicht genehmigt wurden, weil die verhandelten Tarife dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach KVG widersprachen (vgl. RRB Nrn. 278/2013 und 462/2014). Mittlerweile führen die Tarifpartner ihre Verhandlungen in aller Regel auf der Grundlage von Kostenvergleichen (Benchmarking). Zudem werden die Tarifverträge von den Versicherern regelmässig bei der Gesundheitsdirektion zur Vorprüfung eingereicht. Dadurch reihen sich die verhandelten Tarife besser in die gesamtschweizerische Bandbreite ein und geben kaum noch Anlass für eine Nichtgenehmigung.

Zu Frage 5:

Im Rahmen des Verfahrens zur Tarifgenehmigung durch den Regierungsrat ist sowohl der Wille der Tarifpartner als auch deren Ermessensspielraum zu beachten und zu respektieren; dies gilt für die Prüfung der allgemeinen Gesetzeskonformität wie auch der Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Gemäss Art. 43 Abs. 4^{bis} KVG haben sich die Tarife für OKP-Leistungen an der Entschädigung jener Leistungserbringer zu orientieren, welche die entsprechenden Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Für die Prüfung eines Tarifvertrages orientiert sich die Gesundheitsdirektion deshalb an verschiedenen Vergleichen, insbesondere an den eigenen und weiteren verfügbaren Betriebskostenerhebungen, an den vom Regierungsrat in früheren Jahren bereits genehmigten Tarifen und an der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Zu beachten sind sodann die Empfehlungen der Preisüberwachung und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Die Prüfung erfolgt dabei einzelfallbezogen, d. h. unter Beachtung von Repräsentativität und Aussagekraft der Vergleichsgrössen, der Qualität der Kosten- und Leistungsdaten sowie der Abbildungsgüte der Tarifstrukturen in Bezug auf den spezifischen Leistungserbringer und seine Rolle im Versorgungssystem.

Zu Frage 8:

Das BAG hat nach mehrmaliger Konsultation der Tarifpartner und Kantone eine Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) erarbeitet, welche die Tarifermittlung schweizweit

konkreter regeln soll. Aufgrund der Einwände der Kantone und Leistungserbringer in Bezug auf die Umsetzbarkeit hat das BAG Ende 2023 entschieden, die KVV-Änderung vorerst zurückzustellen bzw. unter Einbezug der Tarifpartner nochmals vertieft zu prüfen. Somit hat der Bundesrat bis heute weder in der KVV noch in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104) Bestimmungen bzw. einheitliche Vorgaben zur Tarifermittlung oder zur anzuwendenden Benchmarking-Methode erlassen. Gesetz und Rechtsprechung setzen allerdings bereits enge Leitplanken, an denen sich die Tarife der Leistungserbringer ausrichten müssen.

Zu Frage 9:

Die Rollen und Kompetenzen im Tarifierungsprozess sind gesetzlich geregelt. Die Gestaltung der Tarifstrukturen und die Verhandlung der darauf basierenden Tarife sind grundsätzlich Sache der Tarifpartner. Bund und Kantone dürfen nur subsidiär eingreifen. Die für die Gestaltung der Tarifstrukturen im stationären Bereich eingesetzte Organisation – die SwissDRG AG – wird von den Tarifpartnern und den Kantons getragen. Auch die OAAT AG verfügt über eine breit abgestützte Trägerschaft.

Wenn die Schweizer Stimmberechtigten am 24. November 2024 der Vorlage zur Änderung des KVG betreffend die einheitliche Finanzierung der Leistungen (sogenannte «EFAS»-Vorlage) zustimmt, wird die OAAT AG um die Kantone erweitert, da diese mit EFAS neu auch die ambulanten Leistungen mitfinanzieren würden. Derzeit stellt die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mit Regierungsrat Pierre Alain Schnegg bereits den Verwaltungsratspräsidenten der OAAT AG. Auch bei der noch zu gründenden Tariforganisation für Pflegeleistungen würden die Kantone einbezogen. Für ein «Kompetenzzentrum für Tarifgestaltung und Tarifentwicklung», einen Akteur ohne klare gesetzliche Zuständigkeit, gibt es somit keine Notwendigkeit.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:
Kathrin Arioli